

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Tentang Kanker Leher Rahim (kanker serviks)

2.1.1 Pengertian

Kanker serviks adalah penyakit akibat tumor ganas pada daerah serviks (leher rahim) sebagai akibat adanya pertumbuhan jaringan yang tidak terkontrol dan merusak jaringan normal di sekitarnya (Kumalasari 2012). Menurut data Departemen Kesehatan RI, penyakit kanker leher rahim saat ini menempati urutan kedua dari daftar kanker yang diderita kaum wanita (Depkes Ri, 2008).

2.1.2 Penyebab

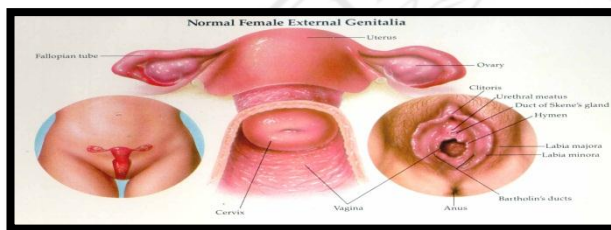
Penyebab kanker leher rahim adalah Human Papilloma Virus (HPV). Virus ini ditemukan pada 95% kasus kanker leher rahim (Depkes RI, 2007). Setiap wanita beresiko terkena infeksi HPV onkogenik yang dapat menyebabkan kanker leher rahim. HPV dapat dengan mudah ditularkan melalui aktivitas seksual dan beberapa sumber tranmisi tidak tergantung dari adanya penetrasi, tetapi juga melalui sentuhan kulit diwilayah genital tersebut (*skin to skin genital contact*). Dengan demikian wanita yang aktif secara seksual memiliki resiko terkena kanker leher rahim (Emilia , 2010).

2.1.3 Patofisiologi

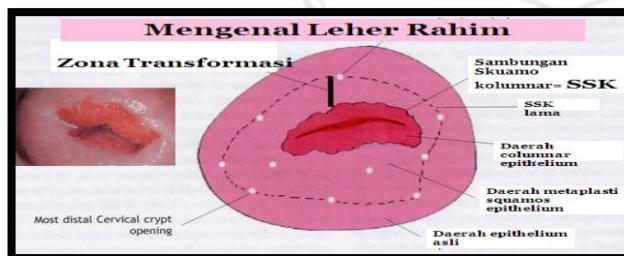
Leher rahim adalah organ yang menghubungkan antara rahim dengan vagina. Leher rahim terutama terdiri jaringan yang kolagen, ditambah jaringan elastis serta pembuluh darah, tetapi masih memiliki serabut otot polos. Dalam keadaan normal, epitel gepeng pada segmen vagina servik dan epitel torak kanalis servikalis

membentuk garis pemisah di dekat os eksterna, yaitu sambungan skuamo kolumnar/SSK (*squamo columnar junction*).

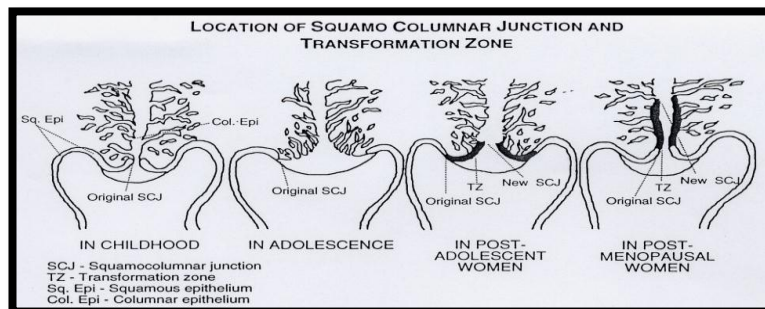
Pada awal-awal masa pubertas, sebagian besar sel-sel didalam Zona-T adalah sel-sel kolumnar, pergantian sel-sel tersebut dengan sel skuamosa baru hanya permulaan. Pada masa inilah sel-sel didalam zona T, dan khususnya sel-sel di SSK, adalah masa yang paling rentan terhadap perubahan yang berkaitan dengan kanker yang didorong oleh tipe tertentu dari HPV dan faktor penunjang lainnya (Depkes RI, 2009).



Sumber: [http://www.google.com/photo.html#female organ genitalia](http://www.google.com/photo.html#female%20organ%20genitalia)
Gambar 2.1 Anatomi Leher Rahim



Sumber: materi pelatihan TOT PTM
Gambar 2.2 SSK (Sambungan Skuamo Kolumnar)



Sumber: materi pelatihan TOT PTM
Gambar 2.3 Zona Transformasi

2.1.4 Tanda dan Gejala

Pada tahap pra-kanker sering tidak menimbulkan gejala. bila ada gejala biasanya berupa keputihan yang tidak khas, atau ada perdarahan setitik yang bisa hilang sendiri. Pada tahap selanjutnya (kanker) dapat timbul gejala berupa keputihan atau keluar cairan encer dari vagina yang berbau, perdarahan diluar siklus haid, perdarahan sesudah bersenggama, timbul kembali haid setelah menopause, nyeri daerah panggul, dan gangguan buang air kecil (Depkes RI, 2007).

2.1.5 Pencegahan

Pencegahan terhadap masuknya virus HPV sangat penting, karena sampai saat ini belum ada teknologi yang mampu membunuh kuman tersebut. Pencegahan dapat dilakukan, antara lain:

1. Pencegahan primer

Pencegahan primer dilakukan dengan:

a. Menunda onset aktifitas seksual

Menunda onset aktifitas sampai usia 20 tahun dan berhubungan secara monogami akan mengurangi kanker leher rahim secara signifikan (Rasjidi, 2008)

b. Penggunaan kontrasepsi barier

Dokter merekomendasikan kontrasepsi metode barier (kondom, diafragma, dan spermisida) yang berperan untuk proteksi terhadap agen virus (Rasjidi, 2008).

c. Penggunaan vaksinasi HPV

Vaksinasi HPV yang diberikan kepada pasien bisa mengurangi infeksi HPV, karena mempunyai kemampuan proteksi >90% (Rasjidi, 2008). Cara kerja vaksin ini dengan merangsang antibody respon kekebalan tubuh

terhadap HPV, dimana antibody ditangkap untuk membunuh HPV sehingga virus tersebut tidak dapat masuk ke leher rahim. Vaksin diberikan dalam tiga kali suntikan intra muscular pada otot lengan, pantat, atau otot bagian lain) selama enam bulan pada bulan 0, 1, dan ke 6 (Emilia, 2010).

2. Pencegahan sekunder

Wanita yang telah terinfeksi HPV sebaiknya dilakukan penapisan untuk menentukan apakah mereka mengalami lesi pra-kanker atau tidak. Penapisan ini bisa dengan visual, tes HPV dan penapisan sitologi otomatis. Agar program penapisan mempunyai dampak terhadap munculnya kanker leher rahim, maka perlu dilakukan penapisan pada sebanyak mungkin wanita. Idealnya program dapat melakukan penapisan sebanyak 80% dari populasi yang beresiko. Kemudian mereka yang teridentifikasi lesi pra-kanker perlu diobati sbelum menjadi kanker (Depkes RI, 2009).

Bila cakupan cukup tinggi, tidak perlu melakukan penapisan pada wanita setiap tahun. Sebagai contoh, jika semua wanita berusia 35-64 yang mendapat hasil pap negatif dilakukan setiap 5 tahun sekali (dan semua yang mengalami displasia diobati), timbulnya kanker leher rahim diperkirakan dapat berkurang hingga 84% seperti pada tabel. Bahkan dengan penapisan pada kelompok wanita tiap 10 tahun sekali dapat menurunkan angka kasus sampai sekitar 64% (Depkes RI, 2007).

Tabel 2.1 Penurunan angka kumulatif kasus kanker leher rahim dengan frekuensi penapisan

Frekuensi penapisan dalam tahun	Angka penurunan kumulatif (%)
1	93,5
2	92,5
3	90,8
5	83,6
10	64,1

3. Pencegahan Tersier

Kegiatan pencegahan tersier meliputi diagnosi, terapi dan tidak bisa dipisahkan dari semua terapi paliatif terutama bagi penderita yang sudah masuk stadium lanjut. Pencegahan tersier lebih banyak dilakukan oleh rumah sakit yang mempunyai sumber daya lebih lengkap seperti RS tipe A dan B (Depkes RI, 2009).

2.2 Tinjauan tentang IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat)

2.2.1 Pengertian

IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat) adalah pemeriksaan leher rahim secara visual menggunakan asam cuka dengan mata telanjang untuk mendeteksi abnormalitas setelah pengolesan asam cuka 3-5% (Depkes RI, 2010).

IVA merupakan salah satu cara melakukan tes kanker leher rahim yang mempunyai kelebihan yaitu kesederhanaan tehnik dan kemampuan memberikan hasil yang segera. Selain itu juga bisa dilakukan oleh hampir semua tenaga kesehatan yang telah mendapatkan pelatihan (Depkes RI, 2007).

Data terkini menunjukkan bahwa pemeriksaan visual leher rahim menggunakan asam asetat (IVA) paling tidak sama efektifnya dengan test *Pap smear* dalam mendeteksi penyakit dan bisa dilakukan dengan sedikit logistik dan hambatan teknis. IVA dapat mengidentifikasi lesi derajat tinggi pada 78% wanita yang

didiagnosa memiliki lesi derajat tinggi dengan menggunakan kolposkopi 3,5 kali lebih banyak daripada jumlah wanita yang teridentifikasi dengan tes pap (Depkes RI, 2009).

Nilai sensitifitas IVA lebih baik, walaupun memiliki spesifitas yang lebih rendah. IVA merupakan praktek yang dianjurkan untuk fasilitas dengan sumber daya rendah dibandingkan dengan penapisan lainnya. Dengan beberapa alasan antara lain karena aman, murah, mudah dilakukan, dapat dilakukan oleh hampir semua tenaga kesehatan, memberikan hasil segera sehingga dapat segera diambil keputusan untuk penatalaksanaannya, peralatan mudah didapat, tidak bersifat invasif serta efektif mengidentifikasi lesi pra-kanke (Emilia, 2010).

Tabel 2.2 perbandingan IVA dengan penapisan lainnya

Jenis Tes	Aman	Praktis	Terjangkau	Efektif	Available
IVA	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
<i>Pap smear</i>	Ya	Tidak	Tidak	Ya	Tidak
HPV/DNA tes	Ya	Tidak	Tidak	Ya	Tidak
<i>cervicography</i>	Ya	Tidak	Tidak	Ya	Tidak

2.2.2 Sasaran

Sasaran pemeriksaan IVA adalah dianjurkan bagi semua perempuan berusia antara 30-50 tahun, setiap wanita yang sudah atau pernah menikah, wanita yang beresiko tinggi seperti perokok, menikah muda, sering berganti-ganti pasangan, memiliki banyak anak, dan mengidap penyakit menular, penggunaan kortikosteroid dalam waktu lama contohnya pada pasien asthma dan lupus (Sukaca, 2009).

2.2.3 Faktor yang mempengaruhi pemeriksaan IVA

1. Faktot predisposisi

a. Sikap tingkat pendidikan

Pendidikan merupakan proses perubahan perilaku menuju kepada kedewasaan dan penyempurnaan kehidupan manusia. Pendidikan merupakan hasil prestasi yang dicapai oleh perkembangan manusia, dan usaha lembaga-lembaga tersebut dalam mencapai tujuannya. Pendidikan merupakan tingkat kemajuan masyarakat dan kebudayaan sebagai satu kesatuan (Brotosaputro, 2009).

Cara pendidikan dapat dilakukan secara formal maupun tidak formal untuk memberi pengertian dan mengubah perilaku (Juli Soemirat, 2002). Tingkat pendidikan seseorang mempunyai hubungan dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang yang mempunyai pendidikan yang lebih tinggi dalam menghadapi ide-ide baru akan lebih banyak menggunakan rasio daripada emosi (Rini N, 2007).

Pendidikan mempunyai efek yang signifikan terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku seseorang. Semakin tinggi pendidikannya diharapkan seseorang dapat memiliki wawasan pemikiran yang lebih luas, walaupun factor eksternal lain tetap memberikan pengaruh.

Tingkat pendidikan yang didapatkan seseorang dapat mempengaruhi perilaku hidup sehat seseorang. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, makin tinggi perilaku kesehatan seseorang dalam upaya pencegahan suatu penyakit termasuk pelaksanaan deteksi dini kanker servik.

b. Tingkat pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan dari ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Over Behavior). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih baik daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan, biasanya pengetahuan seseorang diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber (Notoatmodjo, 2012).

c. Sikap

Sikap merupakan reaksi yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu objek. Sikap terbentuk dengan adanya interaksi yang dialami individu. Interaksi ini mengandung arti yang lebih mendalam sehingga terjadi hubungan yang saling mempengaruhi antar individu, juga dengan lingkungan fisik maupun dengan lingkungan psikologis disekitarnya (Notoatmodjo, 2012).

d. Status pekerjaan

Pekerjaan merupakan suatu hal yang dibutuhkan oleh manusia khususnya untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Seseorang bekerja karena ingin ada yang dicapai dan dengan bekerja seseorang berharap akan memperoleh kepuasan yang lebih. Bertambahnya lapangan pekerjaan akan mendorong wanita untuk bekerja terutama disektor swasta. Namun disisi lain hal tersebut juga berdampak pada partisipasi wanita dalam mengikuti pemeriksaan kanker servik yang ada di Puskesmas Halmahera (Anoraga, 2009).

2. Factor pemungkin

a. Akses informasi

Akses informasi dan fasilitas kesehatan pada hakekatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya pelaksanaan deteksi dini kanker serviks, faktor ini disebut faktor pendukung. Akses informasi mengenai kesehatan reproduksi terutama kesehatan reproduksi wanita dapat diperoleh dari majalah, leaflet, poster, televisi, buku kesehatan dan lainnya (Notoatmodjo, 2012).

b. Jarak fasilitas kesehatan (puskesmas)

Rendahnya pemanfaatan fasilitas kesehatan khususnya puskesmas disebabkan oleh faktor jarak tempat puskesmas yang terlalu jauh dengan tempat tinggal masyarakat, tariff yang tinggi, pelayanan yang kurang memuaskan (Notoatmodjo, 2012).

3. Factor pendorong

a. Peran kader kesehatan

Menurut DEPKES RI (2005), kader adalah anggota masyarakat yang dipilih untuk menangani masalah kesehatan, baik perseorangan maupun masyarakat, serta untuk bekerja dalam hubungan yang amat dekat dengan tempat pelayanan kesehatan dasar. Kader mempunyai peran mengontrol kesehatan bayi dan balita serta kesehatan ibu. Selain itu, kader kesehatan juga mempunyai tugas untuk memberikan penyuluhan kepada masyarakat mengenai masalah kesehatan yang terjadi.

b. Penyuluhan kesehatan

Menurut UU Kesehatan No 23 Tahun 1992, untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan dengan pendekatan pemeliharaan, promotif, penyembuhan (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan yang dilaksanakan antara lain melalui kegiatan penyuluhan kesehatan. penyuluhan kesehatan diselenggarakan guna meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat dan aktif berperan serta dalam upaya kesehatan. Materi penyuluhan berisi tentang pengertian, etiologi, patofisiologi, prognosis, bahaya, dan pencegahan yang tepat.

c. Dukungan anggota keluarga

Notoatmodjo (2003), menyatakan bahwa faktor lingkungan dapat pula mempengaruhi perilaku seseorang, terutama dalam memutuskan sesuatu untuk kelangsungan hidupnya. Panutan dari keluarga sangat penting dalam memberi motivasi dan dorongan untuk melakukan suatu kegiatan, terutama pada masyarakat pedesaan. Pengertian dan pemahaman yang baik serta benar dari lingkungan sekitar akan memberikan motivasi bagi individu untuk ikut serta dalam melakukan deteksi dini kanker servik.

2.2.4 Peralatan dan Bahan

Pemeriksaan IVA dapat dilakukan dimana saja yang mempunyai saran seperti, antara lain: meja periksa ginekologi dan kursi, sumber cahaya/ lampu yang memadai agar cukup menyinari vagina dan leher rahim, speculum/

cocor bebek, rak atau nampan wadah alat yang telah didesinfeksi tingkat tinggi sebagai tempat untuk meletakkan alat dan bahn yang akan dipakai, sarana pencegahan infeksi berupa tiga ember plastik berisi larutan klorin, larutan sabun, dan air bersih (Depkes RI, 2010).

Persiapan bahan antara lain lidi kapas atau forcep untuk memegang kapas, sarung tangan sekali pakai, larutan asam asetat 3-5%, dan larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi alat dan sarung tangan serta formulir catatan untuk mencatat hasil pemeriksaan (Depkes RI, 2010).

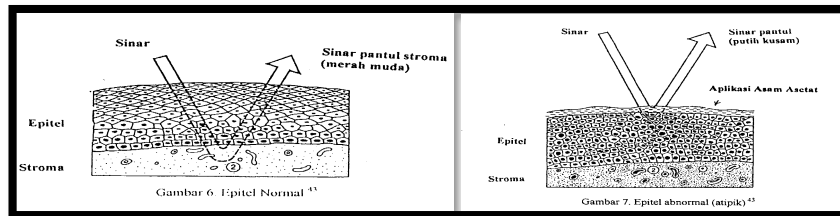
2.2.5 Tindakan

Persiapan tindakan antara lain menerangkan prosedur tindakan (bagaimana hal tersebut akan dikerjakan dan interpretasi hasilnya). Yakinkan pasien telah memahami dan menandatangani *informed consent* (Rasjidi, 2008).

Teknik pemeriksaan IVA adalah pasien dalam posisi litotomi langsung dipasang cocor bebek/spekulum dengan penerangan lampu 100 watt pemeriksa menampakkan leher rahim untuk mengenali tiga hal yaitu curiga kanker, curiga infeksi, leher rahim normal dengan daerah transformasi yang dapat atau tidak ditampakkan.

Pemeriksaan IVA yang pertama kali diperkenalkan oleh Hinselman (1925) dengan cara memulas leher rahim dengan kapas yang sudah dicelupkan dalam asam asetat 3-5%. Pemberian asam asetat akan mempengaruhi epitel normal, bahkan akan meningkatkan osmolaritas cairan ekstraselular. Cairan ekstraselular bersifat hipertonik akan menarik cairan dari intraselular sehingga membran akan kolaps dan ajrak antar sel akan semakin dekat. Akibatnya, jika permukaan epitel mendapat sinar, sinar tersebut tidak akan diteruskan ke

stroma, tetapi dipantulkan keluar sehingga permukaan epitel yang abnormal akan berwarna putih, yang disebut epitel putih/ *acetowhite* (Laila et al, 2008).



Sumber: materi pelatihan TOT PTM
Gambar 2.4 Pemeriksaan IV

2.2.6 Hasil pemeriksaan

Temuan hasil pemeriksaan harus dicatat sesuai kategori yang telah baku sebagaimana terangkum dalam uraian berikut ini:

a. Hasil tes positif

Bila ditemukan adanya plak putih yang tebal yang berbatas tegas atau epitel *acetowhite* (bercak putih), terlihat menebal dibanding dengan sekitarnya, seperti *leukoplusia*., terdapat pada zona transisional, menjorok kearah *endocervix* dan *extocervix*.

b. Positif 1 (+)

Didapatkan gambaran yang samar, transparan, tidak jelas, terdapat lesi yang irregular pada serviks. Lesi bercak putih tegas, membentuk sudut (angular), geographic acetowhite lession yang terletak jauh dari sambungan skuamos.

c. Positif 2 (++)

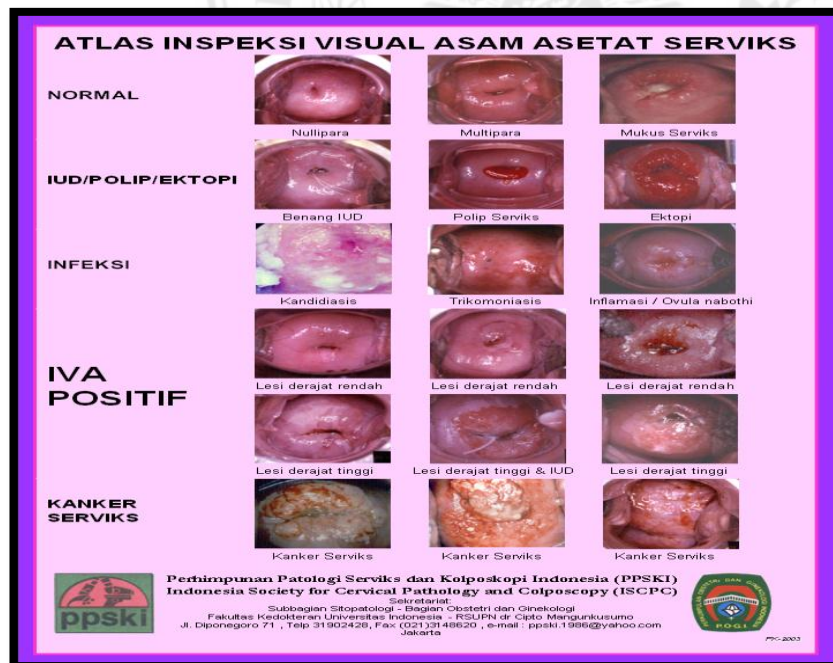
Lesi acetowhite yang buram, padat, dan berbatas jelas sampai ke squamo columnar junction. Lesi acetowhite yang luas, circum orificial.

d. Hasil tes negatif

Permukaan polos dan halus, berwarna merah jambu. Bila area bercak putih yang berada jauh di zona transformasi. Area bercak putih halus atau pucat tanpa batas jelas. Bercak putih berbentuk garis yang terlihat pada batas endocervix. Tak ada lesi bercak putih (acetowhite lession) . bercak putih pada polip endocervix atau kista nabothi

e. Infeksi. Didapatkan cervicitis (inflamasi dan hiperemia), banyak fluor, extropion, dan polip

f. Kanker. Didapatkan massa mirip kembang kol atau ulkus dan mudah berdarah (Depkes RI, 2007).



Sumber: materi pelatihan TOT PTM

Gambar 2.5 Atlas hasil pemeriksaan IVA

2.3 Metode Promosi Kesehatan

Metode penyuluhan langsung. Dalam hal ini para penyuluh langsung berhadapan atau bertatap muka dengan sasaran. Termasuk di sini antara lain : kunjungan rumah, pertemuan diskusi (FGD), pertemuan di balai desa, pertemuan di Posyandu. Metode yang tidak langsung. Dalam hal ini para penyuluh tidak langsung berhadapan secara tatap muka dengan sasaran, tetapi ia menyampaikan pesannya dengan perantara (media). Umpamanya publikasi dalam bentuk media cetak, melalui pertunjukan film (Depkes RI, 2008).

2.3.1 Pengertian Promosi Kesehatan

Promosi Kesehatan adalah upaya perubahan/perbaikan perilaku di bidang kesehatan disertai dengan upaya mempengaruhi lingkungan atau hal-hal lain yang sangat berpengaruh terhadap perbaikan perilaku dan kualitas kesehatan dan mempengaruhi masyarakat agar menghentikan perilaku beresiko tinggi dan menggantikannya dengan perilaku yang aman (Depkes RI, 2008).

Pendidikan kesehatan adalah upaya yang ditujukan untuk mempengaruhi orang lain mulai individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat agar terlaksananya perilaku hidup sehat. Penyuluhan kesehatan atau pendidikan kesehatan adalah bagian dari promosi kesehatan yang diberikan untuk mempengaruhi orang lain mulai individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat melalui kegiatan pendidikan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan dengan harapan terjadi perubahan perilaku sehat sehingga terjadi peningkatan derajat kesehatan (Setiawati & Dermawan, 2008).

2.3.2 Tujuan Promosi Kesehatan

Terjadinya perubahan sikap dan tingkah laku individu, keluarga, kelompok khusus, dan masyarakat dalam membina serta memelihara perilaku hidup sehat serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal (Nursalam, Efendi, 2008). Sedangkan menurut WHO tujuan penyuluhan kesehatan adalah untuk merubah perilaku masyarakat dalam bidang kesehatan. Tujuan penyuluhan kesehatan itu pada intinya adalah meningkatkan pengetahuan dan pemahaman masyarakat tentang hidup sehat sehingga terjadi perubahan perilaku dalam bidang kesehatan.

2.3.3 Sasaran Promosi Kesehatan

Sasaran penyuluhan kesehatan mencakup individu, keluarga, kelompok dan masyarakat :

- Individu: Individu yang mempunyai masalah keperawatan dan kesehatan, yang dapat dilakukan di rumah sakit, klinik, puskesmas, rumah bersalin, posyandu, keluarga binaan dan masyarakat binaan.
- Keluarga: Keluarga binaan yang mempunyai masalah kesehatan dan keperawatan yang tergolong yang beresiko tinggi, antara lain : Keluarga dengan kondisi sosial ekonomi dan pendidikan rendah, keluarga dengan masalah sanitasi lingkungan yang buruk, keluarga dengan gizi buruk, keluarga yang anggotanya berjumlah banyak diluar kemampuan kapasitasnya.
- Kelompok: Kelompok khusus yang membutuhkan perhatian, antara lain : Ibu hamil, ibu yang memiliki anak balita, pasangan usia subur dengan resiko tinggi.
- Masyarakat yang rawan masalah kesehatan : usia lanjut, wanita tuna susila dan anak remaja dengan penyalahgunaan narkoba, masyarakat di institusi pelayanan kesehatan : masyarakat, sekolah dan buruh perusahaan.
- Masyarakat: Masyarakat yang menjadi sasaran penyuluhan

kesehatan adalah : Masyarakat binaan puskesmas, masyarakat nelayan, masyarakat pedesaan, masyarakat yang datang ke institusi pelayanan kesehatan, seperti puskesmas, posyandu yang diberikan penyuluhan secara massal (Maulana 2009).

Menurut Setiawati, Dermawan 2008 sasaran dari pendidikan kesehatan antara lain : Sasaran Primer : Sasaran utama dan menjadi sasaran langsung atas upaya melakukan pendidikan kesehatan atau promosi kesehatan. Misalnya pada pasangan usia subur untuk sasaran penyuluhan penggunaan alat-alat kontrasepsi, Sasaran Sekunder : Sasaran ini terdiri atas tokoh agama, tokoh adat dan tokoh masyarakat. Diberikannya pendidikan kesehatan kepada kelompok ini akan dapat mempercepat penerimaan informasi kesehatan sehingga perubahan perilaku kesehatan yang diharapkan dapat tercapai, Sasaran Tersier : Sasaran tersier adalah para pembuat keputusan, pengambil kebijakan, misalnya pemerintah, pejabat dan pengusaha.

Jadi sasaran penyuluhan kesehatan berdasarkan dari jumlah yang diberikan penyuluhan serta adanya permasalahan yang ada bisa dikelompokkan menjadi individu, keluarga, kelompok khusus, dan masyarakat.

2.3.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Promosi Kesehatan

Faktor penyuluh. Ada beberapa factor penyuluhan yaitu : Kurang kesiapan, kurang penguasaan materi, penampilan kurang meyakinkan sasaran, bahasa yang kurang dapat dimengerti oleh sasaran karena terlalu banyak menggunakan istilah asing, Suara terlalu kecil, penyampaian materi penyuluhan terlalu monoton. Sasaran Tingkat pendidikan terlalu rendah sehingga sulit mencerna pesan yang disampaikan, ingkat sosial ekonomi terlalu rendah

sehingga tidak terlalu memperhatikan pesan yang disampaikan, kepercayaan dan adat istiadat yang tertanam sehingga sulit untuk merubahnya, kondisi lingkungan dan tempat sasaran yang tidak mungkin terjadi perubahan perilaku. Proses dalam penyuluhan : Waktu penyuluhan yang tidak sesuai dengan waktu yang diinginkan sasaran, tempat penyuluhan yang dilakukan dekat dengan tempat keramaian, jumlah sasaran yang mendengar terlalu banyak, alat peraga yang digunakan kurang menunjang, metode yang digunakan kurang tepat, bahasa yang dipergunakan sulit dimengerti (Maulana 2009).

Menurut beberapa ahli pendidikan antara lain J. Guilbert, mengelompokkan faktor-faktor yang mempengaruhi proses belajar ini kedalam empat kelompok besar, yaitu faktor materi, lingkungan, instrumen, dan faktor individu subyek belajar (Nursalam, Efendi, 2008) : Materi merupakan hal-hal yang menjadi bahan untuk dipelajari, lingkungan bisa berupa lingkungan fisik dan lingkungan social, instrumen adalah alat yang digunakan untuk menyampaikan pesan bisa berupa metode yang digunakan dan media, kondisi individu dibedakan kondisi fisiologis (misalnya kondisi panca indra) dan kondisi psikologis (kepandaian, motivasi, daya tangkap dll).

2.3.5 Langkah-langkah Dalam Perencanaan Penyuluhan

1. Mengenal masalah, masyarakat dan wilayah

Tindakan pertama yang penting dalam mengumpulkan data atau keterangan tentang berbagai hal, yang diperlukan dalam langkah kegiatan penyuluhan. Data yang diperlukan adalah mengenal masalah kesehatan masyarakat, mengenal karakteristik masyarakat dari segi jumlah penduduk, keadaan sosial budaya, agama, sumberdaya yang dimiliki oleh masyarakat, mengenal wilayah : apakah

termasuk daerah terpencil, daerah pegunungan, daerah pantai dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007).

2. Menentukan prioritas

Penentuan prioritas bisa berdasarkan berbagai pertimbangan yaitu : Berdasarkan derajat berat masalah tersebut hingga perlu diprioritaskan penanggulangannya, berdasarkan pertimbangan politis, yaitu menyangkut nama baik Negara dan sebagainya, berdasarkan sumber daya yang ada (Notoatmodjo, 2007).

3. Menentukan tujuan penyuluhan

Harus ditentukan tujuan penyuluhan tersebut misalnya jangka panjang untuk mencapai status kesehatan yang optimal, jangka menengah bertujuan untuk menciptakan perilaku sehat, jangka pendeknya adalah tercipta pengertian, sikap, norma dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007).

4. Menentukan sasaran penyuluhan

Sasaran program dan sasaran penyuluhan tidak selalu sama dalam penyuluhan. Yang dimaksud sasaran adalah kelompok sasaran, yaitu individu atau kelompok yang akan diberikan penyuluhan serta orang-orang yang berpengaruh didalam mengambil keputusan dalam keluarga (Notoatmodjo, 2007).

5. Menentukan isi penyuluhan

Dalam isi penyuluhan harus dikemukakan juga apa keuntungannya kalau sasaran melaksanakan apa yang dianjurkan dalam penyuluhan tersebut. Isi harus dituangkan dengan bahasa yang mudah dipahami oleh sasaran, dan pesan yang disampaikan tidak sulit dan benar-benar bisa dilaksanakan oleh sasaran dengan sarana yang mereka miliki atau terjangkau oleh mereka (Notoatmodjo, 2007).

6. Menentukan metode penyuluhan

Metode yang ditentukan tergantung bidang apa yang ingin dicapai, apakah bidang pengertian, sikap atau ketrampilan. Kalau bidang yang ingin dicapai bidang pengertian cukup dengan diucapkan, atau disampaikan dengan tertulis. Kalau tujuannya untuk mengembangkan sikap positif maka sasaran perlu menyaksikan, baik melihat langsung maupun dengan melihat film, slide atau foto-foto biasa. Untuk mengembangkan ketrampilan, sasaran harus diberikan kesempatan mencoba sendiri (Notoatmodjo, 2007).

7. Menentukan media

Kalau ditentukan akan dipergunakan pendekatan massa, maka selanjutnya ditentukan apa media yang dipergunakan untuk menunjang pendekatan tadi misalnya poster, leaflet dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007).

8. Membuat rencana penilaian

Dilakukan penilaian terhadap materi yang diberikan, apakah tujuan yang sudah dirumuskan sudah tercapai, serta evaluasi jangka panjang terhadap program. Pada dasarnya dalam menentukan langkah-langkah perencanaan penyuluhan sama antara lain: Analisis masalah, menetapkan sasaran, menetapkan tujuan, menetapkan strategi, menetapkan pesan pokok yang akan disampaikan, menetapkan metode/media, menetapkan kegiatan, menetapkan pemantauan dan evaluasi (Notoatmodjo, 2007).

2.3.6 Media Penyuluhan

a. Pengertian

Media berasal dari kata *medius* yang berarti tengah, pengantar, perantara. Media juga diartikan sebagai wahana penyalur pesan. Menurut Gerlach & Elly (1971) memiliki arti secara garis besar antara lain manusia, materi, atau kejadian yang membangun peserta didik dalam memperoleh informasi dalam proses pembelajaran (Setiawati & Dermawan, 2008).

Pendidikan kesehatan (penyuluhan) pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan. Disebut media pendidikan karena alat-alat tersebut merupakan saluran (*channel*) untuk menyampaikan kesehatan karena alat-alat yang digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat (Notoatmodjo, 2007).

Media penyuluhan adalah suatu alat yang digunakan untuk menyampaikan pesan dalam penyuluhan atau pendidikan kesehatan untuk mempermudah penerimaan informasi oleh peserta didik.

b. Manfaat Media

Manfaat media antara lain : Menimbulkan minat sasaran pendidikan, mencapai sasaran yang lebih banyak, membantu mengatasi hambatan bahasa, merangsang sasaran pendidikan untuk melaksanakan pesan-pesan kesehatan, membantu sasaran pendidikan untuk belajar lebih banyak dan cepat, merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain, mempermudah penyampaian informasi oleh pendidik, mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran pendidikan, mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami, dan akhirnya memberikan

pengertian yang lebih baik, membantu menegaskan pengertian yang diperoleh (Notoatmodjo, 2007). Dengan media yang menarik akan memberikan keyakinan pada peserta didik sehingga perubahan kognitif, afektif dan psikomotor dapat dipercepat (Setiawati & Dermawan, 2008 dalam Kumboy, 2011).

c. Macam-macam Media

Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan kesehatan, media dibagi menjadi dua yaitu :

1. Media Cetak

Media cetak dihasilkan melalui proses percetakan mekanis dan fotografis, diantaranya bisa berupa teks, grafik dan foto. Media cetak ini merupakan bagian dari saluran informasi masyarakat di samping media elektronik dan juga media digital. Ada beberapa kelebihan yang dimiliki media cetak antara lain : Murah, dapat diakses oleh kalangan luas, tidak memerlukan peralatan, bersifat fleksibel, mudah dibawa ke mana-mana, dapat digunakan untuk menyampaikan semua materi pembelajaran, bisa dibaca di mana saja dan kapan saja, tidak terikat tempat dan waktu. Disamping itu media cetak juga memiliki beberapa kelemahan antara lain : Membutuhkan *reading habits*, membutuhkan pengetahuan awal (*prior knowledge*), kurang bisa membantu daya ingat, apabila penyajiannya (font, warna, ilustrasi) tidak menarik, akan cepat membosankan (Setiawan & Dermawan, 2008 dalam Kumboy, 2011).

Materi media berbasis cetak merupakan dasar pengembangan dan penggunaan kebanyakan materi pembelajaran lainnya. Yang mempunyai ciri sebagai berikut: Teks dibaca secara linear, teks menampilkan komunikasi satu arah dan reseptif, teks ditampilkan statis, pengembangan sangat tergantung

pada prinsip-prinsip kebahasaan dan persepsi visual, teks juga berorientasi pada siswa, informasi dapat diatur dan ditata ulang oleh pemakai (Arsyad 2013). Dibaca secara linier, komunikasi satu arah, Statis, berorientasi pada peserta didik, informasi diatur kembali oleh peserta didik, memberikan stimulus pada indra penglihatan (Setiawan & Dermawan, 2008 dalam Kumboyo, 2011).

Menurut (Setiawan, Dermawan, 2008 dalam Ika Retna Wijayanti, 2011) ada enam elemen penting yang harus diperhatikan dalam menyusun media berbasis cetakan antara lain :

a. Konsistensi

Konsistensi atau ketetapan dibutuhkan dalam media berbasis cetakan. Spasi, margin, besar huruf dan jenis huruf akan memudahkan peserta dalam membaca serta memaknainya.

b. Format

Jika paragraf panjang yang digunakan sebaiknya menggunakan tampilan satu kolom, sedangkan paragraf dengan kalimat-kalimat pendek digunakan tampilan dua kolom. Isi yang berbeda diupayakan untuk dipisahkan dengan berbeda halaman.

c. Organisasi

Informasikan sejauh mana peserta harus membaca, bab mana saja yang harus mendapatkan perhatian lebih. Bagian mana yang perlu dikerjakan dan dicari intisarinya. Intinya pengorganisasian dipakai untuk mempermudah peserta dalam mengikuti pembelajaran.

d. Daya tarik

Usahakan buat perbedaan untuk setiap bagian sehingga pembaca tertarik untuk mendalaminya. Gunakan kalimat singkat bisa dalam bentuk pertanyaan ataupun pernyataan.

e. Ukuran huruf

Ukuran huruf disesuaikan dengan tujuan, sasaran dan situasi kegiatan pembelajaran berlangsung.

f. Spasi

Berikan spasi untuk memberikan nuansa kontra bagi pembaca. Tujuan lain dari spasi adalah diberikannya kesempatan istirahat kepada pembaca sebelum melanjutkan bacaannya.

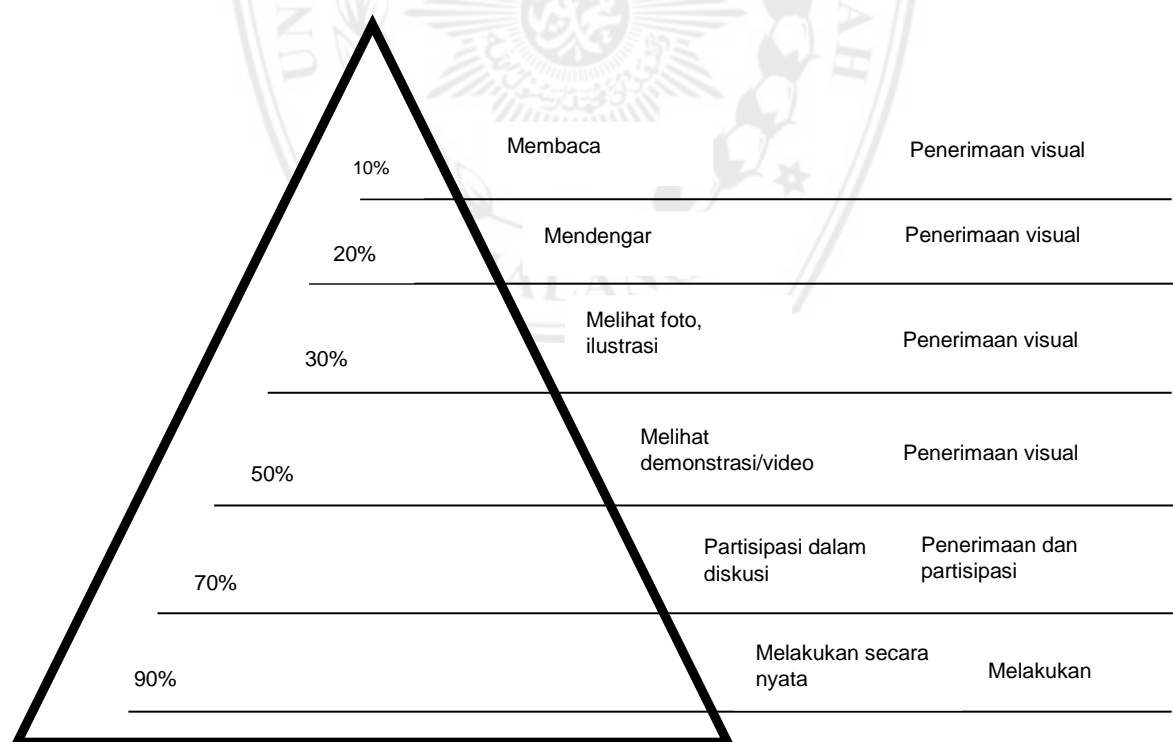
2. Media audio visual

Media audio visual dihasilkan melalui proses mekanik dan elektronik dengan menyajikan informasi atau pesan secara audio dan visual atau yang menandung unsur suara dan gambar. Contoh dari audio visual antara lain TV, proyektor film, video. Ada beberapa kelebihan yang di miliki media audio visual antara lain : Interaktif, individual, fleksibel, cost effectiveness, motivasi, umpan balik, record keeping, kontrol ada pada pengguna. Disamping itu juga media audio visual memiliki kelemahan yaitu : Hanya akan berfungsi untuk hal-hal sebagaimana yang telah diprogramkan, memerlukan peralatan (komputer) multimedia, perlu persyaratan minimal prosesor, memori kartu grafis dan monitor, perlu kemampuan pengoperasian, untuk itu perlu ditambahkan petunjuk pemanfaatan, pengembangannya memerlukan adanya tim yang profesional, pengembangannya memerlukan waktu yang cukup lama, tidak punya sentuhan manusiawi (Nursalam & Efendi, 2008).

Menyajikan visual dinamis, dirancang dan dipersiapkan terlebih dahulu, representasi fisik dan gagasan, prinsip (psikologis, behavioristik dan kognitif), memberikan stimulus terhadap penglihatan dan pendengaran (Nursalam & Efendi, 2008).

d. Metode dan media penyuluhan dalam penerimaan informasi

Penggunaan media dalam penyuluhan dapat mempengaruhi jumlah informasi yang diterima. Semakin banyak indra yang distimulasi semakin banyak pula informasi yang diterima. Brown (1973) mengungkapkan bahwa media pembelajaran yang digunakan dalam kegiatan pembelajaran dapat berpengaruh terhadap efektivitas pembelajaran (Nursalam & Efendi, 2008)



Gambar 2.6 Piramida Edgar Dale

Piramida Edgar Dale juga menggambarkan kemampuan untuk mengingat kembali pesan-pesan dalam pendidikan kesehatan menurut tehnik dan medianya. Menurut piramida tersebut, dalam dua minggu setelah dilakukan pendidikan

kesehatan peserta didik mampu melaksanakan hal-hal berikut ini : Membaca, ia akan mengingat 10% dari materi yang dibacanya, mendengar, ia akan mengingat 20% dari yang didengarnya, melihat, ia akan mengingat 30% dari apa yang dilihatnya, mendengar dan melihat, ia akan mengingat 50% dari apa yang didengar dan dilihatnya, mengucapkan sendiri kata-katanya, maka ia akan mengingat 70% dari apa yang diucapkannya, mengucapkan sambil mengerjakan sendiri suatu materi pendidikan kesehatan, maka ia akan mengingat 90% dari materi tersebut (Nursalam & Efendi, 2008).

2.4 Konsep Perilaku

Perilaku merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. perilaku merupakan respon/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Notoatmodjo, 2010).

Perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain : berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003).

Menurut (Skinner, 1938, dalam Notoadmodjo, 2007) Merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan

kemudian organisme tersebut merespons, maka teori Skinner ini disebut teori “ S-O-R” atau stimulus organisme. Skinner membedakan adanya dua respons yaitu:

1. *Respondent respon* atau *reflexive*, yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan- rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut eliciting stimulation karena menimbulkan respons-rspons yang relatif tetap. Misalnya : makanan yang lezat menimbulkan keinginan untuk makan, cahaya terang menyebabkan mata tertutup, dan sebagainya. Respondens respons ini juga mencakup perilaku emosional, misalnya mendengar berita musibah menjadi lebih sedih atau menangis, lulus ujian meluapkan kegembiraannya dengan mengadakan pesta, dan sebagainya.
2. *Operant respon* atau *instrumental respon*, yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut reinforcing stimulation atau reinforcer, karena memperkuat respons. Misalnya apabila seseorang petugas kesehatan melaksanakan tugasnya dengan baik (respon terhadap uraian tugasnya atau job skripsi) kemudian memperoleh penghargaan dari atasannya (stimulus baru), maka petugas kesehatan tersebut akan lebih baik lagi dalam melaksanakan tugasnya.

Menurut (Notoadmojo, 2007) Jika dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua bagian :

1. Perilaku tertutup (*covert behaviour*) Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respon atau reaksi terhadap

stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Oleh sebab itu, disebut *covert behaviour* atau *unobservable behaviour*, misalnya: seorang ibu hamil tahu pentingnya periksa kehamilan, seorang pemuda tahu bahwa HIV/AIDS dapat menular melalui hubungan seks dan seorang ibu tahu pentingnya membawa bayi dan balita kunjungannya di posyandu.

2. Perilaku terbuka (*overt behaviour*) Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat orang lain. Oleh sebab itu disebut *overt behaviour*, tindakan nyata atau praktik (*practice*) misal, seorang ibu memeriksa kehamilannya atau membawa anaknya ke puskesmas/ posyandu untuk diimunisasi, penderita TB paru minum obat secara teratur, dan sebagainya.

Perilaku merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau resultant antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun eksternal dengan perkataan lain perilaku manusia sangatlah kompleks, dan mempunyai bentangan yang sangat luas (Notoatmodjo, 2012). Menurut Benyamin Bloom 1908 dalam notoaatmojo 2012) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu ke dalam tiga domain sesuai dengan tujuan pendidikan yaitu :

1. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan

terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga. Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*) (Notoatmodjo, 2012).

Menurut (Notoatmodjo, 2012) pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan.

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang telah diterima.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai sesuatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya).

Universitas

d. Analisis (*analysis*)

Analisa adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2012). Menurut (Newcomb dalam Notoatmodjo, 2012), salah seorang ahli psikologis sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

a. Komponen pokok sikap

Menurut (Allport, 1954, dalam Notoatmodjo, 2012) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai tiga komponen pokok, yaitu:

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
3. kecendrungan untuk bertindak (*tend to behave*)

b. Tingkatan sikap

Sepertinya halnya dengan pengetahuan menurut (Notoatmodjo, 2012), sikap juga terdiri dari berbagai tingkatan.

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2. Merespons (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

3. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Menghargai diartikan subjek atau seseorang yang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain, bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespons (Notoatmodjo, 2010).

3. Praktik atau tindakan (*practive*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (over behavior). Untuk mewujudkannya sikap menjadi sesuatu perbuatan nyata diperlukan factor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Di samping faktor fasilitas, juga di perlukan

faktor dukungan (support) dari pihak lain, misalnya dari suami atau istri, orang tua atau mertua, dan lain-lain (Notoatmodjo, 2012).

Berbagai macam jenis perlakuan dalam bidang psikologi, perlakuan bisa berupa obat, terapi, pelatihan, pendidikan (psikoedukasi) atau program-program pemberdayaan. Target dari perlakuan yang diberikan juga beraneka ragam. Ada sisi kognitif, afektik, atau konatif (Widhiarso, 2011).

Pelatihan yang menekankan pada sisi kognitif (e.g insight) lebih cepat perubahannya ketimbang afektif. Perlakuan yang menargetkan pada peningkatan kesadaran lebih cepat dibanding dengan perubahan perilaku. Program peningkatan kesadaran terhadap bahaya stroke misalnya, pengukuran post-test dilakukan pada hari terakhir program (Department of Health and Senior Services, 2005). Contoh lainnya adalah pengukuran post-test berupa pengetahuan dan kesadaran terhadap masalah orthodontic juga diberikan setelah program pemberian berupa liflet informasi yang diberikan selama 2 minggu telah selesai (Oshagh, 2011). Maka dari itu peneliti mengadopsi dari penelitian (Oshagh 2011) yang berjudul *“Impact Of Educational Leaflet On Parents’ Knowledge and Awareness Of Children’s Orthodontic Problem In Shiraz”* pengukuran pos-test dilakukan 2 minggu setelah diberikan promosi kesehatan berupa tingkat kunjungan WUS terhadap pemeriksaan IVA.